

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°.....

403

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Léon-Claude LAMBERT

Né le 22 Janvier 1912, à PARIS (Seine)

A propos d'un cas
de gommes cutanées tuberculeuses
multiples et symétriques
au cours
d'une tuberculose pulmonaire grave

Président : M. GOUGEROT, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

103

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Léon-Claude LAMBERT

Né le 22 Janvier 1912, à PARIS (Seine)

A propos d'un cas
de gommes cutanées tuberculeuses
multiples et symétriques
au cours
d'une tuberculose pulmonaire grave

Président : M. GOUGEROT, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

I. — Professeurs

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRE.
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	MONDOR.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
	LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
Clinique médicale	CHIRAY.
	LOEPER.
	CARNOT.
	Marcel LABBE.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
Clinique urologique	LEVY-SOLAL.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	VILLARET.
Clinique propédeutique	TROISIER.
Clinique de la Tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	Clovis VINCENT.
Clinique de neuro-chirurgie	LAUBRY.
Clinique cardiologie	N...
Assistance médico-sociale	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	



II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
AMELINE	DE GAUDART
BARIETY	D'ALLAINES ..
BENARD Henri	GAYET
BERNARD Et.	DE GENNES ..
BESANÇON (J.). ..	GIROUD
BOULIN	HAGUENAU
BULLIARD	HALPHEN
CATHALA	HUGUENIN
COSTE	JOANNON
CHEVALLIER	LACOMME
DOGNON	LANTUEJOUL ..
FUNCK	LAROCHE Guy. ..
BRENTANO....	LAVIER
FEY	LELONG
GAILLARD	
GASTINEL	

MM.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J.) .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.

MM.
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.
 HEITZ-BOYER.. Pathologie chirurgicale.

MM.
 LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale
 NEVEU-
 LEMAIRE.. Parasitologie.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

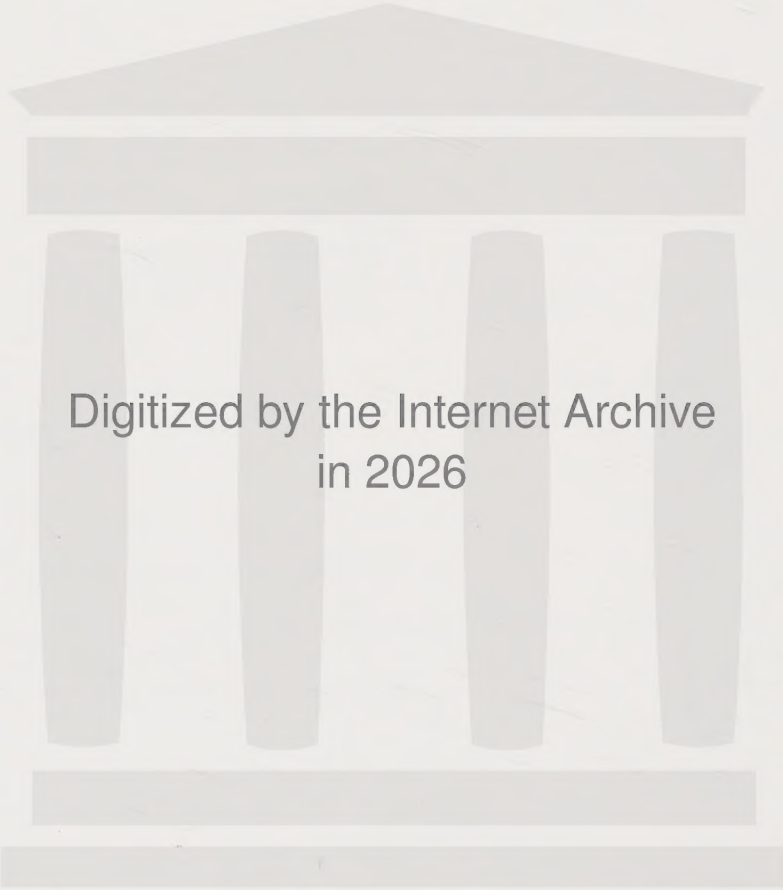
MM.
 ALAJOUANINE..
 AUBERTIN
 BRULE
 CHABROL
 DONZELOT ...
 DUVOIR
 LIAN
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT..
 SEZARY
 } Clinique médicale.

MM.
 BASSET
 BROcq
 CADENAT
 GATELLIER ...
 MOURE
 QUENU
 VELTER
 } Clinique chirurgicale
 ECALLE
 METZGER
 } Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA FEMME

A MON FILS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT
*Professeur de Clinique des Maladies Cutanées
et Syphilitiques à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'Honneur*

Qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.

Hommage respectueux.

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR P. PRUVOST

Médecin de l'Hôpital Laënnec
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous inspirer
le sujet de cette thèse et qui nous a
toujours guidé par ses précieux
conseils cliniques.

En témoignage de notre vive
reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR O. CROUZON
(In memoriam)

MONSIEUR LE DOCTEUR H. DARRE
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

MONSIEUR LE DOCTEUR L. HOUDARD
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. LEMAITRE
*Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
à la Faculté de Médecine de Paris*

MONSIEUR LE DOCTEUR H. LEMELAND
Accoucheur de l'Hôpital Saint-Louis

MONSIEUR LE DOCTEUR G. MILIAN
Médecin Honoraire des Hôpitaux de Paris

A propos d'un cas de gommes cutanées tuberculeuses multiples et symétriques au cours d'une tuberculose pulmonaire grave

Nous remercions vivement notre Maître, M. le Docteur PRUVOST, de nous avoir fourni les éléments de ce travail. En particulier nous lui devons l'observation curieuse qui a été à l'origine de nos recherches.

Cette observation concerne un malade qui a été suivi pendant près de deux ans dans le Service de Phtisiologie de l'Hôpital Tenon. Elle tire son intérêt de plusieurs caractères remarquables sur lesquels nous croyons devoir insister d'emblée.

Premier fait, rarement noté dans la littérature : les gommes tuberculeuses que nous avons observées sont survenues chez un sujet porteur d'une tuberculose pulmonaire bilatérale grave, améliorée par la collapsothérapie.

Autre fait exceptionnel : ces gommes sous-cutanées multiples, apparues par poussées successives, se sont réparties de façon symétrique sur chaque moitié du corps.

Par ailleurs, la conservation d'un état général relativement bon, et la difficulté que l'on a trouvée à éta-

blir la preuve bactériologique de la nature bacillaire des éléments cutanés, étaient les autres points intéressants de cette observation.

La tuberculose cutanée gommeuse est connue depuis longtemps. Elle a été l'objet de nombreuses publications et une place importante lui a été réservée dans tous les traités de dermatologie. Aussi ne pouvons-nous espérer apporter qu'une très modeste contribution à l'étude de ces manifestations si spéciales de la tuberculose.

Pourtant il nous a paru intéressant, à propos du cas que nous avons étudié, de faire l'exposé des aspects cliniques et évolutifs des gommes tuberculeuses, et de décrire les méthodes de diagnostic dont elles peuvent bénéficier. Enfin, les problèmes pathogéniques que posait notre observation étaient nombreux ; nous avons donc fait l'étude des diverses théories qui ont été proposées pour expliquer le rôle et le mécanisme d'action de la tuberculose.

HISTORIQUE

Depuis LUGOL, qui fut un des premiers à les observer et à entrevoir leurs rapports avec la tuberculose, les gommes cutanées tuberculeuses ont été décrites sous des dénominations diverses. Autrefois, on parlait d'abcès froids, d'abcès scrofuleux, de gommes scrofuleuses, d'écrouelles cellulaires; c'est le scrofuloderme des auteurs allemands.

GUERSANT étudia également les gommes et défendit leurs rapports avec le lupus. BAZIN montra leurs relations avec la tuberculose et signala les analogies qu'elles présentent avec les gommes syphilitiques. BESNIER, enfin, en fit une étude détaillée et inspira l'important mémoire de BRISSAUD et JOSIAS.

Depuis, de très nombreuses publications ont été faites. En France, les principaux travaux sont ceux de J. DARIER, L. BROcq, de M. H. GOUGEROT. Il faut mentionner aussi les auteurs lyonnais : MM. P. COURMONT, L. M. BONNET, J. NICOLAS, J. GATÉ.

La littérature récente est consacrée en partie à l'étude des problèmes pathogéniques, mais surtout à la description des formes atypiques, des formes pseudo-sporotrichosiques.

ETIOLOGIE

Selon les traités et les diverses observations qui ont été publiées, les gommes cutanées tuberculeuses se présentent, dans l'immense majorité des cas, comme des accidents d'allure primitive.

Certes, il est exceptionnel que le sujet soit indemne de toute autre manifestation bacillaire; mais les lésions que l'examen le plus complet peut déceler sont toujours très discrètes. C'est ainsi que l'examen radiologique pulmonaire pourra révéler l'existence de quelques ganglions calcifiés périhilaires, ou une ancienne lésion fibreuse d'un sommet, ou bien encore une image de pachypleurite. Parfois on retrouve un foyer ganglionnaire articulaire ou osseux, ancien, cicatrisé.

Il est très rare, au contraire, d'observer, ainsi que nous l'avons fait, une tuberculose viscérale grave, évolutive. Il existe cependant un cas très intéressant publié par M. L. RAMOND : Il concerne une jeune femme qui présentait une tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse bilatérale déjà évoluée. Elle avait, en outre, une micropolyadénopathie, une hydarthrose du genou droit et des gommes cutanées multiples.

Dans l'étude qu'il consacre aux gommes tubercu-

leuses de la première enfance, M. PÉHU montre qu'elles peuvent exister à l'état isolé. Mais le plus souvent « elles sont liées étroitement à l'existence d'un foyer viscéral évolutif, contagieux ».

Parmi les circonstances étiologiques adjuvantes on insiste sur le rôle de l'âge. Les gommes tuberculeuses atteignent avec prédilection les enfants et les adolescents. Elles ne sont pourtant pas rares chez l'adulte. Mais elles restent exceptionnelles chez le vieillard.

Quant aux influences saisonnières, elles paraissent très secondaires. Tout au plus peut-on noter une fréquence plus grande en automne et en hiver.

DESCRIPTION CLINIQUE

Deux types cliniques, d'inégale importance, sont opposés classiquement. Ce sont : les gommes hypodermiques et les gommes dermiques, que nous envisagerons successivement.

I. — Les gommes hypodermiques.

Elles se développent dans le tissu cellulaire sous-cutané. Elles sont de beaucoup les plus fréquentes et les plus caractéristiques.

Ce sont les anciens aposthèmes froids, les tumeurs stéatomateuses du pannicule.

On les rencontre en des sièges très divers. La face, le cou, le tronc, les aisselles et les aines, les membres peuvent être atteints. D'une façon générale, on les observe partout où le pannicule adipeux a une certaine importance.

Elles sont habituellement peu nombreuses : de trois à dix en moyenne.

Elles sont remarquables par leur évolution en trois stades de crudité, de ramollissement, d'élimination et surtout par leur chronicité.

Le début se fait par une petite nodosité sous-cutanée du volume d'un pois ou d'une noisette, dure, indolore, roulant sous le doigt. Peu à peu, la nodosité grossit; elle s'accroît par accroissement périphérique et finit par adhérer au derme. Celui-ci prend alors une teinte rouge, livide et devient quelquefois sensible à la pression.

A la dureté initiale succède progressivement une sensation d'empâtement. Puis c'est une fluctuation nette. La fluctuation est souvent un symptôme trompeur et une ponction pratiquée dès ce stade peut ne retirer que quelques gouttes d'un liquide séreux ou séro-sanguinolent. Parfois même la ponction reste blanche.

Bientôt la peau est envahie et finit par se rompre, l'ouverture donnant issue à un pus jaunâtre, grumeleux, mal lié. L'orifice ainsi créé s'agrandit pour réaliser une ulcération irrégulière dont l'aspect est caractéristique. Les bords en sont déchiquetés, décollés, et de coloration violacée ; le fond est couvert d'un enduit blanc jaunâtre.

Les réactions ganglionnaires de voisinage seraient habituelles. Cette adénopathie satellite a été considérée pendant longtemps comme le critère indispensable de la tuberculose gommeuse. En fait, ce symptôme est d'observation très inconstante. Son absence ne peut donc constituer un argument décisif pour infirmer le diagnostic de tuberculose (J. NICOLAS, J. GATÉ, D. DUPASQUIER).

En progressant, les lésions peuvent réaliser d'im-

portants décollements, des clapiers anfractueux dont l'évacuation se fait mal, ce qui explique la difficulté de la cicatrisation. En effet, l'évolution est presque toujours d'une chronicité désespérante. La cicatrisation est très lente; elle est fréquemment incomplète, arrêtée par des reprises du processus ulcératif. Lorsqu'elle est obtenue après une longue évolution, elle réalise des placards infiltrés, adhérents à la profondeur, gaufrés par des îlots fibreux.

On a signalé l'existence de nodules lupiques disséminés sur les zones cicatricielles (M. H. GOUGEROT, MM. NICOLAS et GATÉ, M. VIDAL).

En résumé, début insidieux, évolution chronique, cicatrisation difficile et souvent imparfaite, tels sont les caractères essentiels de ces gommes tuberculeuses de l'hypoderme.

La répartition de ces gommes est intéressante à étudier. Habituellement les éléments sont disséminés sans aucun ordre et ont une indépendance évolutive complète. La disposition était symétrique dans le cas que nous avons observé et ce phénomène nous avait semblé curieux. M. PEHU a observé ce caractère au cours des tuberculoses cutanées de la première enfance et il insiste sur la fréquence de cette constatation. Les lésions sont situées presque géométriquement au même niveau sur les deux moitiés du corps. Quelquefois même elles sont d'âge identique et ont un volume sensiblement égal.

Si tel est l'aspect habituel de la tuberculose gommeuse, il est fréquent d'observer des variétés cliniques atypiques ou trompeuses dont la plus intéressante est la *tuberculose gommeuse à forme sporotrichoïde*. Il en existe d'assez nombreuses observations (J. NICOLAS et J. GATÉ — J. NICOLAS, J. GATÉ et D. DUPASQUIER, — J. GATÉ et CHRISTY, — L. JAME, FERRABOUC et MOUTIER, etc...) et elle a fait l'objet de la thèse de VIDAL.

Surtout observée chez l'adulte, elle réalise le tableau de gommes sous-cutanées multiples disséminées en des sièges divers.

Elles se développent sans adénopathie satellite, et l'évolution est habituellement rapide vers la fistulisation. Le pus a fréquemment l'aspect visqueux et sanglant des suppurations sporotrichosiques. Enfin, l'état général est presque toujours bien conservé.

Le diagnostic se heurte donc à de grandes difficultés.

On a donné comme symptôme caractéristique de la sporotrichose la fluctuation centrale en cupule limitée à la périphérie par un bourrelet de rempart. Mais ce symptôme a été également observé dans la tuberculose à forme sporotrichoïde. De cette similitude entre ces deux affections, il résulte que le diagnostic ne peut être affirmé que par les examens de laboratoire. La culture du pus sur milieu de Sabouraud et la recherche du bacille de Koch sont donc indispensables.

Un autre aspect clinique moins fréquent est réalisé par les *lymphangites gommeuses ascendantes*.

Elles ont pour point de départ une tuberculose verruqueuse ou ulcéreuse siégeant ordinairement à la main. A partir de cette lésion initiale se développe un cordon lymphangitique parsemé de gommes échelonnées. Ce cordon lymphangitique est plus ou moins nettement perçu. Fréquemment la lymphangite reste latente.

Quant aux *gommes à type d'abcès tubéreux chronique de l'aisselle*, elles sont très rares (J. GATÉ et P. CUIILLERET). C'est le tableau d'une *hidrosadénite*. Mais l'évolution chronique, la suppuration froide qui s'éternise font penser à l'étiologie tuberculeuse.

II. — Les gommes dermiques.

Les gommes dermiques ou gommes scrofulo-dermiques de BESNIER diffèrent des précédentes non seulement par leur siège, mais encore par leur évolution.

Leur fréquence est diversement appréciée. L. BROcq leur consacre une longue description dans son traité. MM. J. NICOLAS et J. GATÉ en ont fait aussi une étude détaillée dans leur livre. Par contre, J. DARIER ne les mentionne pas dans son précis, et M. PAUTRIER prétend n'en avoir jamais vu.

MM. SÉZARY et TRÉMOLIÈRES en ont récemment publié une observation. Mais ils insistent sur le caractère rarissime de ces lésions. Pour ces mêmes auteurs le terme de gommes est impropre et il serait plus exact de dire *tuberculose dermique disséminée*.

Cliniquement ces gomme dermiques sont de forme et de dimensions très variables, Multiples, quelquefois très nombreuses, elles sont disséminées un peu partout. Elles prédominent cependant au visage, dans les régions sous et rétro-maxillaires, et sont plus rares au tronc et aux membres.

Le début se fait dans le chorion par de petites nodosités un peu sensibles à la pression.

En quelques semaines ou quelques mois, les lésions évoluent sur le même mode que les gomme sous-cutanées ; c'est-à-dire qu'elles passent par les phases successives de crudité, de ramollissement, d'ouverture et d'élimination. Mais le processus destructif est beaucoup moins important que dans les formes hypodermiques.

Des décollements ont pu néanmoins s'observer. GUERSANT décrit même, sous le nom de *tuberculose cutanée maligne*, une variété qui donne lieu à la formation de vastes ulcères irréguliers.

On a signalé aussi des *formes mutilantes* avec fonte caséuse massive et rapide du derme et de l'hypoderme.

III.

On rattache aux gomme tuberculeuses deux formes de tuberculose suppurative, décrites par GAUCHER. Ce sont les *abcès dermiques* et les *tuberculosés pustulo-ulcéreuses*. En réalité elles n'ont que des rap-

ports très lointains avec les lésions que l'on a coutume d'observer.

On peut donc conclure que la seule variété vraiment caractéristique est la gomme hypodermique avec fréquence relative de la forme à type sporotrichoïde.

DIAGNOSTIC

I. — Les méthodes de diagnostic

Dans les cas les plus favorables, le contexte clinique ne peut constituer qu'un argument de probabilité. La certitude du diagnostic ne peut être obtenue que grâce à l'appoint de recherches complémentaires, elles-mêmes faillibles ou trompeuses dans leurs résultats.

La cuti-réaction et l'intradermo-réaction à la tuberculine sont, dans la règle, fortement positives. Mais elles ne font que renseigner sur la tuberculisation antérieure du sujet. La positivité de la réaction ne signifie nullement que la lésion à diagnostiquer est tuberculeuse. Il s'agit donc là d'un critère bien fragile.

Les mêmes réserves sont à faire :

pour *le sérodiagnostic d'ARLOING et COURMONT*,

et pour *la réaction de déviation du complément* (technique de BESREDKA). Certains auteurs (LORTAT-JACOB, BIDAULT, LEGRAIN et URBAIN) ont insisté sur sa précision et ont pensé qu'elle pouvait être utile au diagnostic des tuberculoses cutanées. Mais la valeur du résultat est bien difficile à apprécier quand il existe un foyer viscéral tuberculeux concomitant.

La réaction de floculation de Vernes à la résorcine a surtout une valeur comparative; la courbe de floculation peut donner des indications intéressantes sur l'évolution de la maladie. Mais cette réaction est entachée de nombreuses causes d'erreur. Les essais qui ont été faits dans la tuberculose cutanée (Mlle ULLMO) montrent que cette méthode est d'intérêt secondaire.

La recherche bactériologique est elle-même inconstante dans ses résultats.

L'examen direct du pus provenant des collections sous-cutanées permet rarement de déceler le bacille tuberculeux. Ce fait est reconnu par tous les dermatologistes. Il faut avoir recours aux cultures sur milieu de LÆWENSTEIN ou de PETRAGNINI.

Le critère le plus sûr reste l'*inoculation au cobaye*. Encore sa valeur n'est-elle pas absolue. Il peut être nécessaire de pratiquer plusieurs inoculations successives avant d'obtenir un résultat positif.

Dans les gommes dermiques, il faut souvent inoculer du tissu broyé pour tuberculiser le cobaye (A. SEZARY et TRÉMOLIÈRES).

Quant à l'examen histo-pathologique, il révèle des aspects variables suivant le stade évolutif.

A la phase de crudité, la gomme est essentiellement constituée par un amas de tubercules folliculaires typiques en voie de caséification.

A la période de ramollissement, on trouve, au centre de la lésion, une zone de caséification plus ou moins étendue selon l'âge de la gomme. Elle se pré-

sente comme une masse amorphe, contenant des polynucléaires et des débris cellulaires. Elle est parfois teintée de brun s'il existe un processus hémorragique associé.

Autour de ce foyer de nécrose centrale se trouve une paroi très épaisse, quelquefois véritable coque fibreuse. Son aspect histologique est très caractéristique. Elle est formée de follicules tuberculeux plus ou moins réguliers, agglomérés, constitués de cellules épithélioïdes et de cellules géantes. Il est assez fréquent d'y déceler quelques bacilles tuberculeux.

La surface externe de la paroi se plaque contre les tissus voisins et pousse des prolongements entre les vaisseaux sous forme de bourgeons charnus. Le fait important est que cette paroi représente la partie active de la gomme : c'est par là que se fait l'accroissement des lésions.

Il est intéressant de noter que l'examen hisopathologique ne révèle dans les gommes dermiques que des aspects beaucoup moins caractéristiques. On y observe très souvent un infiltrat tuberculoïde (et non pas folliculaire), sans lésions de caséification.

II. — Diagnostic

A la période de crudité, les diagnostics de *fibrome*, de *kyste sébacé* peuvent se discuter ; ou encore ceux de *sarcome*, de *lipome* ; mais l'évolution différencie rapidement ces lésions de la gomme tuberculeuse.

La gomme syphilitique et la gomme sporotrichosique non encore ramollies sont, par contre, absolument identiques à la tuberculose.

Plus tard la tuberculose ne peut guère être confondue qu'avec les gommes syphilitiques ou sporotrichosiques.

a) Si la syphilis a certains sièges d'élection (région sterno-claviculaire, sterno-mastoïdienne), c'est surtout dans l'aspect de l'ulcération qu'on trouve des éléments de diagnostic.

L'ulcération syphilitique est arrondie, à bords réguliers, épais, taillés à pic. Lorsqu'il existe plusieurs éléments, ils sont souvent groupés dans une même région. Enfin, les réactions humorales et, dans certains cas, l'épreuve du traitement, sont les procédés auxquels on recourra toujours si le doute persiste.

b) Les gommes sporotrichosiques sont multiples et disséminées un peu partout, sans avoir aucun siège d'élection. Le plus souvent elles ne s'accompagnent pas d'adénopathies. Parfois les lésions présentent une systématisation régionale surtout lymphatique.

L'évolution est rapide. Le ramollissement est d'abord central, limité par un bourrelet périphérique. C'est le signe du rempart sur lequel on insiste. L'ulcération sporotrichosique est habituellement recouverte de croûtes épaisses. Le contenu est d'abord visqueux, gommeux, puis épais et purulent, souvent brunâtre.

La description que nous avons reproduite des gommes tuberculeuses à forme sporotrichoïde montre que

l'hésitation est permise. Il est donc toujours indiqué de pratiquer une culture du pus sur milieu de Sabouraud, pour rechercher le sporotrichum. Il est vrai que la sporotrichose est actuellement très rare. Cet argument de fréquence doit faire suspecter la tuberculose en présence de toute ulcération d'allure sporotrichoïde (L. M. PAUTRIER).

c) *Les autres diagnostics* sont accessoires.

L'actinomycose réalise des nodules rapidement confluents qui forment des placards infiltrés.

Les suppurations froides à pneumocoque ou à bacille d'Eberth sont rares.

Les tuberculoses sarcoïdes nodulaires de KRAUSS et *les tuberculoses sarcoïdes* de DARIER-ROUSSY ne sont que des formes dégradées qui n'évoluent jamais vers la suppuration. Il en est de même pour *les sarcoïdes fibreuses* et *les sarcoïdes noueuses* dont on peut rapprocher l'érythème noueux.

PATHOGENIE

Le premier problème qui se pose est celui de la voie suivie par l'agent pathogène à partir du foyer tuberculeux primitif.

a) On a d'abord supposé que la gomme était due à une inoculation directe de bacilles au niveau de la peau. Quelques observations légitiment une telle hypothèse. Le cas de LEGRAIN, rapporté dans le livre de J. NICOLAS et J. GATÉ est curieux à ce point de vue. La gomme bacillaire observée par cet auteur siégeait en un point du tégument piqué avec une aiguille; celle-ci avait servi auparavant à faire une injection à un tuberculeux.

Mais de tels exemples de *tuberculose exogène* restent exceptionnels.

b) *La dissémination par voie lymphatique* explique un certain nombre de faits cliniques. Nous avons décrit les tuberculoses gommeuses ascendantes. Dans cette variété les bacilles sont bien amenés par le courant lymphatique à partir de la tuberculose ulcéreuse ou verruqueuse initiale. Le cordon lymphatique est souvent perçu nettement. Mais fréquemment la lym-

phangite est profonde et reste latente, d'où l'apparence primitive de la lésion cutanée.

Ce mode d'essaimage doit être suspecté chaque fois qu'il existe une systématisation régionale. L'origine peut en être trouvée dans un foyer osseux, articulaire ou ganglionnaire.

c) Mais dans la plupart des cas, ni l'hypothèse de tuberculose exogène, ni celle de la dissémination par voie lymphatique ne permettent de comprendre l'aspect clinique observé.

En présence de gommes multiples, d'allure presque éruptive, réparties en des points très divers, souvent très à distance du foyer initial, comment ne pas concevoir que l'essaimage s'est fait *par voie sanguine* ? L'absence d'adénopathies vient souvent renforcer cette hypothèse.

M. PÉHU, considérant la disposition si souvent symétrique des gommes de la première enfance, voit dans ce phénomène un argument de plus en faveur d'une dissémination et d'une localisation par voie artérielle. La plupart des auteurs se rangent aujourd'hui à cette hypothèse et attribuent les lésions observées à des embolies bacillaires.

On a cherché à faire la preuve de cette bacillémie. P. COURMONT et J. GATÉ obtiennent des résultats inconstants. Au cours de ses recherches, KALLOS n'a jamais pu déceler de bacille dans le sang, et SCHREINER ne l'a mis en évidence qu'une seule fois. Par contre, KREN et LÖWENSTEIN auraient obtenu des résultats positifs dans la plupart des cas.

Malgré ces divergences, l'hypothèse de la *tuberculose hématogène* reste très vraisemblable et mérite d'être retenue.

Mais comment expliquer certains caractères cliniques et évolutifs d'allure presque paradoxale ?

C'est un fait bien connu que la tuberculose gommeuse a un pronostic relativement favorable. La conservation de l'état général en est la meilleure preuve. Les Allemands ont créé l'expression de tuberculose cutanée « *colliquative* » pour désigner ces lésions remarquables par leur persistance autant que par leur relative bénignité. Même dans les cas où les gommes accompagnent une tuberculose viscérale sévère, on est surpris de constater une conservation des forces du malade hors de proportion avec les lésions dont l'organisme est atteint.

Autre fait, presque corollaire du précédent, comment rendre compte de la rareté du bacille dans les abcès froids sous-cutanés ? Comment se fait-il que l'on rencontre de si grandes difficultés à établir la preuve bactériologique de la tuberculose ?

Les divers facteurs qui semblent pouvoir intervenir sont :

- soit des variations quantitatives ou qualitatives de l'agent pathogène;
- soit des modifications du terrain.

a) Variations quantitatives ou qualitatives
de l'agent pathogène

Le Professeur GOUGEROT et M. G. LAROCHE ont signalé le rôle que pouvait jouer le nombre des bacilles. Le caractère uni ou pauci-bacillaire des embolies microbiennes serait susceptible d'expliquer dans une certaine mesure les faits observés.

La race du bacille a été incriminée également. Dans quelques cas on a pu trouver le bacille aviaire (NICOLAU et BLUMENTHAL) ou le bacille bovin (WICHMANN).

Plus intéressantes sont les modifications de virulence du germe.

On a fait intervenir des bacilles morts, des débris bacillaires, des débris morts, des bacilles de virulence atténuée.

DARIER, JADASSOHN, M. H. GOUGEROT ont pensé que la virulence initiale avait peu d'importance, car le bacille est rapidement atténué par les réactions de défense de l'organisme. Ces auteurs insistent sur le rôle essentiel joué par la peau dans cette défense contre l'infection tuberculeuse. La peau n'est pas simplement un témoin de la réaction, mais elle participe activement à la lutte par la *bactériolyse locale*. Elle agit par ses sécrétions tissulaires, par ses substances lytiques qui détruisent les bacilles et mettent en liberté les toxines des corps bacillaires. On peut même considérer que la réaction de défense est d'autant

plus efficace que la réaction cutanée est plus riche et plus intense.

S'il y a virulence atténuée, ce phénomène n'est donc que secondaire, intratissulaire.

Le rôle de l'ultravirus a été envisagé. P. COURMONT et J. GATÉ, P. RAVAUT et VALTIS ont pu déceler le virus dans le sang et les lésions cutanées. Fait beaucoup plus intéressant, ils ont même observé l'ultravirus dans le sang, alors qu'on ne pouvait plus le retrouver dans les tuberculoses cutanées. Mais l'unanimité n'est pas faite sur la question de l'ultravirus tuberculeux. Sa recherche est entachée de nombreuses causes d'erreur. G. PETRAGNINI écrivait récemment : « Le prétendu ultravirus manque des démonstrations nécessaires, indiscutables pour toute conception vraiment scientifique ».

La tuberculose filtrante, tout en restant riche de promesses et de possibilités, présente donc encore de nombreuses obscurités.

Que retenir de toutes ces hypothèses ? N'y a-t-il pas lieu de penser qu'une part de vérité existe dans chacune d'elles ? DARIER considérait que : « les tuberculoses cutanées résultent d'embolies paucibacillaires, de bacilles atténués par un organisme qui se défend, arrivant dans un tissu atténuant : la peau ».

b) Modifications du terrain

Le rôle du terrain apparaît déjà dans les hypothèses que nous venons d'examiner. Son importance n'est pas contestable.

JADASSOHN fait observer que la morphologie des lésions produites par une infection tuberculeuse de la peau est fonction des phénomènes biologiques d'immunité qui y préexistent ou qui s'y produisent. La lésion cutanée est la résultante de la lutte entre l'organisme, la peau et le microbe. Les manifestations cliniques et histologiques varient suivant les qualités et les moyens de défense de l'organisme.

Nous empruntons à une étude de M. E. RIST sur les localisations extrapulmonaires de la tuberculose le passage suivant :

« Suivant le degré d'immunité allergique acquise par les sujets porteurs d'une lésion cicatricielle, les embolies bacillaires sont stériles ou bien elles vont créer un foyer tuberculeux secondaire dans un organe extrapulmonaire... Suivant le degré de l'immunité, la lésion sera plus ou moins destructive, plus ou moins persistante. Mais le caractère commun de toutes ces tuberculoses est de rester localisées, de créer une lésion qui, le plus souvent, n'a pas de répercussion sur l'organisme tout entier, une tuberculose que l'on est obligé de qualifier de bénigne. »

Ainsi la bénignité de la tuberculose gommeuse sous-cutanée n'est pas due tellement aux modifications de virulence de l'agent pathogène qu'au terrain

sur lequel elle évolue. L'état allergique suffit à expliquer l'évolution généralement bénigne des réinfections endogènes qui dérivent du foyer primitif.

Cette conception est valable non seulement pour les gommès, mais pour toutes les tuberculoses cutanées en général. Comme l'exprime le Professeur GOUGEROT, il y a entre les diverses variétés de tuberculose cutanée tous les termes de transition. Elles ne sont que les modalités diverses d'une réaction défensive plus ou moins vigoureuse.

L'érythème noueux n'est-il pas considéré comme une réaction hyperallergique ? (H. GOUGEROT).

Mais il est capital de rappeler que la résistance conférée n'est pas absolue; elle est sujette à des variations. A un moment quelconque elle peut diminuer ou même s'éteindre et l'organisme fléchissant recupère toute sa réceptivité.

Cette réaction défensive de l'organisme est elle-même influençable par certains facteurs.

A ce point de vue, le rôle du terrain hérédosyphilitique paraît essentiel.

Les anciens auteurs (GAUCHER, GALLOIS, LUGOL, ALBERT, DEVERGIE, FOURNIER) avaient décrit sous le nom d'*états scrofuleux* ces formes de tuberculose torpide survenant sur un terrain hérédosyphilitique.

A plusieurs reprises le Professeur SERGENT est revenu sur cette question, en montrant l'intimité des liens qui unissent hérédosyphilis et scrofulotuberculose. Il y a rarement hybridité, au sens strict du

mot, « mais seulement hybridité de terrains avec intrication, juxtaposition plus ou moins étroite ou lointaine des lésions... Devient scrofuleux, non l'enfant syphilitisé, mais l'enfant syphiliné du syphilitique. La syphilisation du père a préparé la tuberculisation du fils » (Professeur E. SERGENT).

La scrofule doit être interprétée comme un terrain favorable à la germination du bacille de Koch. Mais ce qui nous intéresse surtout c'est que le scrofuleux a une manière particulière de réagir vis-à-vis de la tuberculose. Il fait des lésions atténuées, torpides, froides, suppurant indéfiniment, persistant pendant très longtemps.

De véritables lésions hybrides syphilo-tuberculeuses peuvent également s'observer. La syphilis intervient alors en favorisant le développement de la sclérose, en limitant la progression du processus ulcératif.

Par ailleurs, il est bien connu que la syphilis a tendance à réaliser des lésions bilatérales et symétriques. Dans les cas où la tuberculose présente une telle systématisation, ne peut-on pas considérer que la syphilis associée joue un rôle important ?

Peut-on choisir parmi ces diverses conceptions pathogéniques ? On pourrait être tenté de le faire. Il semble plus logique de considérer qu'elles ne s'excluent pas l'une de l'autre. Au contraire, elles se complètent et permettent d'arriver à une compréhension possible des faits. Il faut toutefois accorder au terrain un rôle prépondérant.

TRAITEMENT

Si la bénignité habituelle des gomm s tuberculeuses cutanées est admise, est-ce à dire qu'il faille en négliger le traitement ? Le foyer viscéral primitif est toujours susceptible d'aggravation et nous avons vu que les éléments cutanés peuvent être secondaires à une tuberculose pulmonaire évolutive.

Il est donc nécessaire de faire des réserves sur le pronostic éloigné.

Le traitement sera dirigé beaucoup plus contre la tuberculose, maladie générale, que contre les accidents secondaires.

En conséquence, le repos, la climatothérapie et les médications reconstituantes seront à la base des prescriptions thérapeutiques.

Parmi les divers traitements qui ont été conseillés, *la tuberculinothérapie* s'est montr e peu efficace.

L'antigène méthylique n'a pas donné de meilleurs résultats. Il en a été de même avec le *vaccin de VAUDREMER*.

Les injections de *cyanure de cuivre et de potassium* ont l'inconvénient de donner des réactions très vives.

On a encore préconisé les *sels de terres rares*.

Mais la médication la plus couramment em-

ployée est la *chrysothérapie*. C'est aussi la plus active, encore que ses effets soient très inconstants.

La notion de terrain syphilo-tuberculeux a conduit à utiliser la *chimiothérapie antisiphilitique*. Presque tous les essais qui ont été faits ont été totalement infructueux.

Dans la gamme des traitements locaux, on donne la préférence à la *radiothérapie* si l'état pulmonaire l'autorise. Elle peut donner des résultats très favorables surtout à la période de crudité.

Si la radiothérapie échoue, on peut avoir recours à un fondant (naphtol camphré, thymol camphré) pour obtenir la fluidification du contenu de la gomme.

Lorsque la gomme est ramollie, on ne peut agir que par des ponctions suivies d'injections d'une huile éthérée-iodoformée (le liquide de CALOT en est le type).

Quand les lésions sont ouvertes, on pratique des cautérisations au chlorure de zinc, au nitrate d'argent ; on agit sur les décollements et les clapiers par des injections de pâte bismuthée, on panse avec des poudres ou des pommades à l'iodoforme.

L'héliothérapie, la photothérapie peuvent également aider la cicatrisation. La radiothérapie est devenue inactive à ce stade.

Dans l'ensemble, le traitement est assez décevant. Les éléments les plus importants sont les prescriptions d'hygiène et de diététique, la chrysothérapie, la radiothérapie.

OBSERVATION

M. V..., âgé de 28 ans. En 1936 apparaît une tuberculose pulmonaire bilatérale grave d'emblée avec lésions diffuses et fièvre oscillante.

Après deux mois d'attente, les lésions ne s'étant pas aggravées, on décida la création d'un pneumothorax double, droit d'abord, gauche ensuite.

Le pneumothorax droit se compliqua bientôt d'une pleurésie séro-fibrineuse puis purulente riche en bacille de Koch. Les lavages de plèvre se montrèrent inefficaces. Finalement la pleurésie se fistulisa en arrière à la hauteur du dixième espace intercostal.

Vers la même période, le pneumothorax gauche dû à son tour être abandonné.

Dans les premiers mois de 1937, le bilan pleuro-pulmonaire était le suivant :

A droite, il restait un moignon pulmonaire plaqué au médiastin par une coque pleurale très épaissie. Par la fistule pleuro-cutanée s'écoulaient chaque jour quelques centimètres cubes de pus bacillifère.

A gauche le lobe supérieur est excavé, le lobe inférieur n'est pas intact. Les crachats contiennent naturellement des bacilles de Koch. La courbe thermique s'inscrit en grandes oscillations entre 37° et 39°, mais il n'y a pas d'amaigrissement important.

Cet état semblait stationnaire quand, dans les premiers mois de 1937, apparut au niveau de la région malaire gauche un petit nodule sous-cutané sensible spontanément et qui en quinze jours, augmenta de volume jusqu'à atteindre la grosseur d'une noix. D'abord ferme cette nodosité se ramollit et s'évacua au dehors, laissant derrière elle une fistule à bords décollés, violacés, mais n'adhérent nullement à l'os sous-jacent. Par la suite, cette fistule continua à donner irrégulièrement lieu à un écoulement de quelques gouttes de pus.

A peine cette gomme semblait-elle évacuée, qu'apparaissait dans la région malaire droite un élément absolument comparable par son aspect, sa taille, son évolution.

Quelques temps après, nouvelle gomme dans le tissu cellulaire du tiers inférieur de la cuisse gauche. Quelques semaines passèrent et le même phénomène se produisit à la cuisse droite.

Dès lors et sans grand intervalle libre, nous vîmes s'installer des abcès froids sensiblement symétriques, aux coudes, aux régions sous-maxillaires, au niveau des crêtes tibiales, aux tempes.

Seul le tronc semblait épargné par cette singulière et peu capricieuse dissémination, quand, au mois de septembre 1938 survint dans la région dorsale moyenne gauche un élément, symétrique à la fistule pleurale, qui paraissait devoir se comporter comme les précédents. En fait, en quelques semaines, se développa une énorme tuméfaction en bissac, s'éten-

dant du rachis à la ligne axillaire moyenne, descendant de la pointe de l'omoplate jusqu'à la crête iliaque. La gêne fonctionnelle entraînée par cette volumineuse collection, nous amena à tenter sa ponction. Plusieurs tentatives n'aboutirent qu'à l'évacuation d'une quantité minime d'un pus très épais, contenant d'innombrables grumeaux qui bouchaient à chaque instant le trocart.

Telle a été la succession de ces gommes froides, rapidement ramollies, d'abord minimes, puis de plus en plus étendues, à laquelle nous avons assisté impuissants.

Ajoutons que tandis que de nouvelles localisations s'installaient, les anciennes continuaient à suppurer de façon intermittente (seules les gommes du coude se cicatrisèrent définitivement) de telle sorte que notre malheureux malade était couvert d'une dizaine de pansements quotidiennement souillés.

Et pourtant, malgré les multiples suppurations cutanées et pleurales, malgré la destruction considérable du parenchyme pulmonaire, complète à droite, très étendue à gauche, l'état général de notre malade était toujours relativement peu touché. Certes, la température oscillait entre 37° et 39°, mais l'amaigrissement était insignifiant.

Le foie, la rate avaient un volume sensiblement normal et nous nous demandions pendant combien de temps il nous serait donné d'assister à cette éclosion de gommes.

Malheureusement, à la suite de ponctions répétées

de l'abcès dorso-lombaire gauche, l'évolution se précipite ; les suppurations anciennes presque taries deviennent plus abondantes, une nouvelle gomme survient au niveau de la tubérosité tibiale gauche. Cette fois-ci, la symétrie ne sera pas respectée car en même temps l'état pulmonaire gauche s'aggrave, l'amaigrissement devient massif, la température s'inscrit en plateau à 40° et le 15 janvier 1939, M. V... décédait dans un état de cachexie profonde.

En somme, pendant vingt-deux mois, nous avons vu éclore toute une série de gommes froides symétriquement disposées. Intrigués par cette curieuse dissémination, nous nous sommes efforcés de préciser la nature tuberculeuse de ces accidents, la voie empruntée par le bacille de Koch pour arriver au tissu cellulaire sous-cutané. Enfin, nous avons tenté d'enrayer l'évolution.

La *cuti-réaction* était franchement positive, donnant lieu chaque fois à une phlyctène d'un centimètre de diamètre environ.

L'*examen de crachats* révéla constamment la présence de bacilles de Koch.

Le *pus* s'écoulant de la fistule pleurale était également bacillifère.

Quant au *pus retiré par ponction des différentes gommes*, il était amicrobien. Le bacille de Koch y fut recherché de nombreuses fois, par examen direct, par culture sur milieu de PETRAGNINI, par inoculation au cobaye. Ces recherches répétées restèrent vaines. Ce n'est que dans les derniers mois que nous pûmes

enfin faire la preuve de la nature tuberculeuse de ces gommes sous-cutanées, grâce à une inoculation positive au cobaye.

Entre temps, pour éviter toute cause d'erreur, ce pus fut cultivé sur plusieurs milieux, en particulier sur milieu de SABOURAUD. Les recherches restèrent négatives.

Nous avons également ensemencé systématiquement le sang sur milieu de PETRAGNINI. A aucun moment nous n'avons pu déceler de bacillémie.

Toutes les régions où les gommes s'étaient développées furent radiographiées. Aucun cliché ne montre la moindre altération osseuse à laquelle on puisse rattacher les abcès froids.

Enfin nous avons cherché à mettre en évidence les signes cliniques et humoraux d'une syphilis acquise ou héréditaire. Il n'existait aucun stigmat. Pourtant, condamnés à l'impuissance thérapeutique du fait de l'importance des lésions pulmonaires, nous avons jugé utile d'entreprendre une série de douze injections de bivatol. Pendant un certain temps, nous avons eu l'impression de favoriser la cicatrisation de quelques-unes des fistules préexistantes.

Sans doute, n'était-ce là qu'une illusion car c'est au cours même de cette série d'injections qu'est apparu le plus volumineux et le plus grave des abcès froids.

En somme, notre malade a présenté un double foyer tuberculeux, pleuro-pulmonaire à droite, pulmonaire à gauche. De là, le bacille a essaimé dans le

tissu cellulaire sous-cutané sous forme de gommes froides sous-cutanées multiples.

Telle est l'histoire clinique.

L'autopsie dont les résultats ont été aimablement communiqués par le Dr Etienne BERNARD, n'apporte que peu d'éléments intéressants en dehors de la structure des gommes.

Disons pourtant que le poumon droit est réduit à un moignon atélectasique entouré d'une plèvre très épaissie. A gauche, le lobe supérieur est envahi par des foyers broncho-pneumoniques, le lobe inférieur est splénisé.

Le foie et la rate présentent des lésions de dégénérescence amyloïde.

Nous avons pu prélever un fragment de la paroi d'une des gommes de la jambe. Sur les coupes, l'aspect est celui d'une tuberculose folliculaire typique. Sur l'une d'elles on peut, après un examen attentif, mettre en évidence quelques rares bacilles.

Ajoutons qu'il n'existait pas d'adénopathies profondes, que les reins et le cœur étaient normaux, en particulier l'endocarde.

CONCLUSIONS

I. — Si les gommes cutanées tuberculeuses se présentent le plus souvent comme des manifestations d'allure primitive, elles peuvent au contraire apparaître quelquefois au cours d'une tuberculose viscérale grave évolutive.

Dans ce cas elles peuvent avoir une répartition systématisée, les éléments se disposant de façon symétrique sur chaque moitié du corps.

II. — Deux grands types cliniques peuvent s'observer : les gommes dermiques et les gommes hypodermiques. Celles-ci sont de beaucoup les plus caractéristiques, mais avec fréquence relative d'une variété à type sporotrichoïde.

III. — Quelles que soient les circonstances d'apparition, l'état général n'est pas très altéré et l'évolution peut être très prolongée malgré d'importantes lésions cutanées et viscérales.

IV. — Le diagnostic nécessite l'injection au cobaye du pus provenant des collections hypodermiques. Mais la tuberculisation du cobaye est très difficilement obtenue. Il faut répéter plusieurs fois les recherches avant d'obtenir un résultat positif.

Il est indispensable de toujours pratiquer une recherche des réactions sérologiques de la syphilis et de cultiver le pus sur milieu de SABOURAUD. La syphilis gommeuse et la sporotrichose sont en effet les principales causes d'erreur.

V. — Il est rare que les gommès résultent d'une inoculation cutanée directe. La dissémination par voie lymphatique est plus fréquente.

Dans la règle, l'essaimage semble se faire par voie sanguine, mais dans de nombreux cas cette hypothèse n'a pu être vérifiée.

VI. — Les diverses conceptions pathogéniques ne donnent qu'une explication imparfaite des faits observés.

On peut considérer cependant que les gommès sont dues à des bacilles atténués ou détruits par les réactions de défense de l'organisme et par la bactériolyse locale.

VII. — Le terrain allergique paraît donc être l'élément fondamental. Mais le terrain hérédo-syphilitique peut aussi jouer un rôle efficace dans la répartition et l'évolution des gommès tuberculeuses cutanées.

VIII. — Le traitement est toujours décevant et doit être dirigé davantage contre la tuberculose, maladie générale, que contre les lésions cutanées.

Vu
LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
GOUGEROT

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
POUR LE RECTEUR ;
L'INSPECTEUR DE L'ACADÉMIE,
CH. PUGIBET.

BIBLIOGRAPHIE

- BONNET (L. M.) et GATÉ (J.). — *Abcès tuberculeux multiples.* (*Lyon Médical*, 1914, p. 406.)
- BORDET (P.). — Le problème des éléments filtrables des bacilles tuberculeux. (*Société Clin. des Hôpitaux de Bruxelles*, 16 mai 1936.)
- BROCQ (L.). — Gommès tuberculeuses et lymphangites tuberculeuses. (Précis Atlas de pratique dermatologique.)
- COURMONT (P.), GATÉ (J.) et MICHEL (P.-J.). — Bacillémie tuberculeuse et tuberculose cutanée. (*Presse Médicale*, 28 mars 1934.)
- DARIER (J.). — Précis de dermatologie, 1928, Masson et C^{ie}, éd., Paris.
- GATÉ (J.) et CHRISTY. — Gommès cutanées tuberculeuses à type sporotrichoïde sans adénopathie. (*Lyon Médical*, N° 3, 15 janvier 1928.)
- GATÉ (J.) et CUILLERET (P.). — Scrofuloderme des aisselles à type d'abcès tubéreux chronique. (*Réunion dermatologique de Lyon*, 20 mai 1938. In *Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syphil.*, N° 7, juillet 1938.)
- GATÉ (J.) et VIDAL (A.). — Diagnostic des gommès cutanées. (*Clinique et Laboratoire*, N° 7, 20 juillet 1929.)
- GOUGEROT (H.). — Nouvelles données sur la pathogénie des tuberculoses et des tuberculides cutanées. (*La Médecine*, N° 12, août 1935.)

- Synthèse pathogénique ; érythème noueux. (*Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syphil.*, N° 7, juillet 1938.)
- Discussion du rapport du Dr Civatte sur le critérium histologique des tuberculides. (*Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syphil.*, novembre 1938, p. 1556.)
- GRECO (N. V.) et CAPURRO (J.). — Tuberculosis verrugosa seguida de linfangitis y gomas. tuberculosos curados. (*Rev. Assoc. Médic. Argentin.*, 49, 1404-1408, septembre 1935.)
- HALLEZ. — Gommès tuberculeuses multiples chez un nourrisson. Présence de bacilles de Koch à l'examen direct du pus. (*Soc. de Pédiatrie*, 15 mai 1923.)
- JADASSOHN. — The importance of immune biologic process in the morphology of skin lesions. (*Arch. of dermatology and syphilology*, vol. 21, N° 3, mars 1930, p. 355.)
- Allergie; structure histologique; nombre de microbes dans les dermatoses. (*Arch. Dermat. Syphil. de la Clinique Saint-Louis*, septembre 1931, N° 11, p. 3343.)
- JAME (L.), FERRABOUC (L.) et MOUTIER (P.). — Tuberculose gommeuse sporotrichoïde du membre inférieur. (*Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syphil.*, N° 3, mars 1937.)
- KALLOS. — Nouvelles recherches sur l'hémoculture du bacille de Koch dans le sang des tuberculeux cutanés par la méthode Læwenstem. (*Dermatologische Wochenschrift*, 18 juin 1932.)
- KONRAD. — Sur la recherche du bacille de Koch du sang circulant dans les dermatoses. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 1^{er} avril 1932.)

- KREN et LÆWENSTEIN. — Sur l'origine hématogène de certaines tuberculoses cutanées. (*Wiener-Klinische-Wochenschrift*, 23 mai 1931.)
- LANZENBERG (P.) et MUGLER. — Tuberculose verruqueuse de l'annulaire avec gommès échelonnées sur le dos de la main et le poignet. (*Réunion dermatologique de Strasbourg. In Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syphil.*, N° 9, décembre 1937.)
- LEMIERRE (A.) et KINDBERG (L.). — Tuberculose gommeuse disséminée chez un adulte consécutive à une inoculation sous-cutanée. (*Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, p. 472, séance du 4 avril 1924.)
- LORTAT-JACOB, BIDAULT, LEGRAIN et URBAIN. — La réaction de fixation dans les tuberculoses cutanées. (Technique de Besredka.) (*Annales de Dermat. et de Syphil.*, 1928, p. 841.)
- LOPEZ MELLEDES et IGLESIAS SANCHEZ. — Adénites tuberculeuses que ocasionen gomas cutaneos y simulan syphilis. (*Actas dermat. sif.*, 27, p. 192, novembre 1934.)
- MILIAN (G.) et MARCERON. — Abscess froids tuberculeux multiples de l'hypoderme. (*Revue de Dermatologie et de Vénérologie*, 1926, p. 6.)
- NICOLAS (J.) et GATÉ (J.). — Gommès et scrofulodermes. (In *Tuberculose cutanée et Tuberculides*. G. Doin, éd., 1934.)
- NICOLAS (J.), GATÉ (J.) et DUPASQUIER (D.). — Gommès tuberculeuses sporotrichoïdes sans adénopathie. (*Paris Médical*, 17 mars 1923.)

NICOLAU et BLUMENTHAL (Bucarest). — Sur un cas de lésions gommeuses cutanées et ostéocutanées dues au bacille tuberculeux aviaire. (*VIII^e Congrès International de Dermat. et Syphil.*, Copenhague, 5-9 août 1930.)

— Recherches bactériologiques et expérimentales sur la tuberculose cutanée. (*Annales de Dermat. et de Syphil.*, juin 1932.)

PAUTRIER (L. M.). — Gommès tuberculeuses. Scrofulodermes. (Nouvelle pratique dermatologique, t. III : Tuberculose cutanée.)

PÉHU (M.). — Sur les gommès tuberculeuses de la peau observées chez le nourrisson. (*Journal de Médecine de Lyon*, N° 99, 20 février 1924.)

PÉTRAGNINI (G.). — L'ultra-virus tuberculeux. Son existence n'est pas démontrée. (*Annales de Médecine*, N° 2, février 1938.)

POPOFF et ROUSSEFF. — La bacillémie dans la tuberculose cutanée et la culture du bacille de Koch des lésions locales. (*Bull. Soc. Franç. Dermat. et Syphil.*, juillet 1932.)

RAMOND (L.). — Gommès tuberculeuses cutanées et sous-cutanées. (*Presse Médicale*, 31 mars 1928, p. 411.)

RAVAUT (P.), VALTIS, DE BLASIO. — Présence de l'ultra-virus tuberculeux dans le sang des malades atteints de tuberculides. (*Bull. Soc. Franç. Dermat. et Syphil.*, juillet 1932.)

RIST (E.). — Localisations extra-pulmonaires de la tuberculose. (*Revue de la Tuberculose*, 1922, p. 223.)

RÖDERER (J.) et BURGUN (R.). — Scrofuloderme des mains et de l'avant-bras de la jambe et de la région costale chez un ancien bacillaire. (*Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et Syphil.*, N° 7, juillet 1938.)

- SCHREINER. — Sur la question de la culture du bacille tuberculeux dans le sang au cours des dermatoses tuberculeuses. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 23 avril 1932.)
- SERGENT (E.). — La Scrofule. (In *Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique appliquée*, t. 18.)
- Scrofule. Scrofulo-tuberculose et syphilo-scrofule. (*Revue de Médecine*, février 1920.)
- SERGENT (E.) et LONJUMEAU (P.). — La syphilo-scrofule. (*Monde Médical*, 15 janvier 1939.)
- SEZARY (A.) et TRÉMOLIÈRES. — Tuberculose dermique disséminée (Gommes scrofulo-dermiques de Besnier). (*Bull. Soc. Franç. Dermat. et Syphil.*, N° 3, mars 1939.)
- THULLIEZ. — Les cadres de la tuberculose cutanée. (*Bruzelles Médical*, 10 mai 1936, 17 mai 1936, 20 mai 1936.)
- ULLMO (Mlle Alice). — La réaction de Vernes-Résorcine dans quelques cas de tuberculose cutanée. (*Réunion dermatologique de Strasbourg*, 9 novembre 1929.)
- VAN EECKHAUTE. — Gommes tuberculeuses. (*Soc. Belge de Dermatologie et de Syphiligraphie*, séance du 13 juin 1931.)
- VIDAL (A.). — La tuberculose gommeuse à forme sporotrichoïde. Diagnostic des gommes cutanées. (*Thèse*, Lyon, 1928.)
- WICHMANN. — Sur la participation des types bovins et humains du bacille tuberculeux à la constitution de la tuberculose cutanée. (*Dermatol. Wochenschrift*, 1924, N° 27, p. 773.)



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères



